年 月 日

福島生協病院 診療予約申込書 【FAX用】

**地域医療連携室 FAX：082‐292‐3512 直通TEL：082‐292‐3260**

＊お手数ですが、必要事項をご記入の上、送信お願いたします。

**＊緊急時、即日入院ご依頼の場合は、代表から『病床担当』にご連絡いただきますようよろしくお願いいたします。代表：082‐292‐3171**

紹介元医療機関名 ：

住所 医師名

電話番号 FAX番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 |  | 男･女 | (M・T・S・H) | 年 | 月 |  | 日 |
| 住 所 | 〒 |
| 電話番号 |  |  | 携帯番号 ( ) |  |  | - |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | 公費負担者番号 |  |
| 記号 |  | 公費受給者番号 |  |
| 番号 |  | 続柄 |  | 本人 | · | 家族 |
| 資格取得日 | 昭･平・令 | 年 | 月 |  | 日 | 負担割合 | ０・１・２・３割 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望診療科 | 科 希望医師名 | 医師 指定なし |
| 診療目的 | 診察 検査≪内容: | ≫ 入院 |
| 診療・検査 | 第1希望日 月 日( ) |  |
| 希望日 | 第2希望日 月 日( ) | ・いつでも可 |
| 受付日時連絡先 | ・貴院にて待機中 ・患者様宅 | ・電話で予約済み |

＊地域医療連携室業務時間 月～金 8：30～17：00 土 8：30～12：30